UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II

UNITÉS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DES SCIENCES MÉDICALES

Année 1971 — Thèse n° 77

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES GROSSESSES ABDOMINALES

A propos d'un cas personnel

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le lundi 26 avril 1971

PAR

Philippe GAUSSEN

Interne des Hôpitaux de Bordeaux

né le 13 mars 1937, à NEUVIC-SUR-L'ISLE (Dordogne)

Examinateurs de la Thèse

MM. R. DARMAILLACQ, professeur... *Président,*

Cl. MASSÉ, professeur ..... *Juges.*

J. SOUMIREU-MOURAT, agrégé *Juges.*

Cl. MARTIN, agrégé.....

IMPRIMERIE IDÉES/SERVICES s. a.

Avenue de Berlincan - 33 - Saint-Médard-en-Jalles

(Près Bordeaux)

1971

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II

UNITÉS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DES SCIENCES MÉDICALES

Année 1971 — Thèse n° 77

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES GROSSESSES ABDOMINALES

A propos d'un cas personnel

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le lundi 26 avril 1971

PAR

Philippe GAUSSEN

Interne des Hôpitaux de Bordeaux

né le 13 mars 1937, à NEUVIC-SUR-L'ISLE (Dordogne)

Examinateurs de la Thèse

MM. R. DARMAILLACQ, professeur... *Président,*

Cl. MASSÉ, professeur ..... *Juges.*

J. SOUMIREU-MOURAT, agrégé *Juges.*

Cl. MARTIN, agrégé.....

IMPRIMERIE IDÉES/SERVICES s. a.

Avenue de Berlincan - 33 - Saint-Médard-en-Jalles

(Près Bordeaux)

1971

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A NOS JUGES

M. LE DOCTEUR Cl. MARTIN

Maître de conférence agrégé de pédiatrie
Médecin des hôpitaux

M. LE DOCTEUR J. SOUMIREU-MOURAT

Maître de conférence agrégé d'obstétrique
Gynécologue accoucheur des hôpitaux

M. LE DOCTEUR Cl. MASSE

Professeur sans chaire de chirurgie générale
Chirurgien des hôpitaux
Chevalier des Palmes académiques

Hommages respectueux.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR R. DARMAILLACQ

Professeur de chirurgie générale
Chirurgien des hôpitaux, Chef de service
Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de guerre 1939-1945
Médaille du combattant volontaire de la Résistance
Chevalier des Palmes académiques

Avec notre admiration pour l'impulsion qu'il a donnée à la chaire de gynécologie par son brio opératoire, son sens clinique avisé et son esprit didactique.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543911_0055

INTRODUCTION

L'éthique médicale moderne propose surtout l'étude des statistiques et l'utilisation prochaine des immenses possibilités des ordinateurs. Des écoles se destinent à ce gigantesque travail qui consiste à fournir les matériaux nécessaires à l'organisation de l'informatique médicale.

L'exposition complète des cas observés, quels que soient leur rareté ou leur intérêt clinique, paraît en contrepartie perdre la vogue qu'elle avait jadis.

En médecine générale, le professeur Saric nous avait pourtant montré que les progrès en pathologie résultent avant tout de l'observation attentive et raisonnée des cas concrets et que les statistiques et l'expérimentation ne viennent que secondairement pour vérifier ce que le pragmatisme a déjà mis en évidence. En chirurgie générale et gynécologique, le professeur Darmaillacq nous a également fait mesurer l'intérêt d'un enseignement basé sur l'examen des malades et les démonstrations expliquées des interventions chirurgicales.

Nous ne pouvons mieux faire, pour rester le disciple reconnaissant d'une méthode de travail qui ne manquera pas de revenir en honneur, que de relater aussi honnêtement que possible un cas d'une intervention chirurgicale que nous avons eu la chance de réaliser.

L'objet de cette thèse sera donc d'exposer un cas de grossesse abdominale opérée au septième mois et dont la mère et l'enfant sont actuellement tous deux en parfaite santé.

En contrepartie de cet archaïsme et pour nous faire pardonner, nous essayerons d'être aussi objectif et aussi précis que possible. Nos conclusions porteront sur quelques points pour lesquels nous avons pu confronter les données classiques et notre expérience personnelle.

OBSERVATION

Le 20 mai 1970, nous examinons une jeune femme de 30 ans, M^me^ L... Paulette, qui est adressée par son médecin, pour appendicectomie, au cinquième mois présumé d'une quatrième grossesse. A la demande de ce même médecin, elle a déjà consulté un gynécologue qui, lui aussi, a conseillé l'intervention.

L'histoire pathologique est la suivante :

Début novembre 1969, les règles sont d'abondance, d'aspect et de durée strictement normaux.

Le 5 décembre 1969, soit à la date prévue, après un cycle habituel chez cette femme, survient ce que l'on peut appeler de « nouvelles règles ». Seul caractère très inhabituel, l'écoulement de sang se poursuit durant quinze jours.

En janvier, février, mars, aménorrhée complète.

Le diagnostic de grossesse est envisagé puis confirmé par le seul examen clinique.

Début avril, cette grossesse, considérée de trois mois, devient douloureuse. Durant tout le mois, la malade ressent des douleurs abdominales diffuses, de type péritonéal.

Début mai, les douleurs deviennent nettement plus intenses, conduisant la malade, jusque-là très active, à passer des journées

entières au lit. L'appétit a complètement disparu, l'amaigrissement durant ces deux mois se chiffre à sept kilogrammes.

Le 12 mai, la malade est vue en consultation par le docteur Daniel BOURSIER, qui constate l'existence d'une grossesse en cours d'évolution, mais, influencé par l'importance des troubles digestifs, il préconise l'appendicectomie, car il considère que de toute façon cette grossesse est fort menacée.

Les huit derniers jours, les douleurs sont intenses, elles ont tendance à se localiser dans le bas-ventre et en particulier à droite.

Quelques vomissements apparaissent.

A l'examen, nous nous trouvons en face d'une femme manifestement à bout de force.

La station debout lui est pénible, le teint est cireux, les conjonctives décolorées.

L'abdomen présente une voussure hypogastrique, que l'on considère comme la traduction de l'utérus gravide.

Le flanc droit est peut-être plus nettement douloureux que le reste du ventre.

Le toucher vaginal montre un col gros, mou, fermé.

Le corps utérin nous paraît petit pour une grossesse de cinq mois, mais nous n'y attachons aucune importance, puisqu'il nous a seulement été demandé de faire une appendicectomie.

Devant la gravité de ce tableau clinique, l'intervention est décidée, sans diagnostic précis. Nous espérions trouver d'importantes lésions appendiculaires, et ce, d'autant plus que nous avions la notion d'une importante leucocytose à polynucléaires, et que cette femme ne présentait aucun antécédent gynécologique, en dehors de trois grossesses antérieures menées à terme dans d'excellentes conditions.

INTERVENTION LE 21 MAI 1970

Anesthésie : Nesdonal Gamma OH.

Incision de JALAGUIER.

Nous sommes frappés, d'emblée, par l'épaississement œdémateux du péritoine. Celui-ci est ouvert, après avoir constaté l'absence de tout épanchement liquidien, et en glissant deux doigts dans le ventre, nous percevons le bord d'une masse pelvi-abdominale, évoquant un kyste de l'ovaire.

Poursuivant l'exploration vers le haut, nous avons la surprise de sentir, à bout de doigts, le pôle inférieur d'une autre masse arrondie, très dure, située sous le foie.

Rapidement, nous comprenons qu'il ne peut s'agir que d'une tête fœtale.

Nous pratiquons, alors, une laparotomie médiane sous-ombilicale débordant légèrement l'ombilic.

Par cette incision, il est facile d'extraire, après section du cordon, entre deux pinces de Kocher, un enfant vivant, du sexe masculin, qui pleure presque immédiatement mais se cyanose un peu. Les enveloppes fœtales, réalisant une vaste poche, occupent toute la partie basse du ventre.

Au cours de quelques manœuvres d'exploration, destinées à comprendre la topographie des lésions, se produit une hémorragie du côté de l'insertion placentaire, située à gauche de l'utérus.

Malgré le volume relativement faible de cette hémorragie, le pouls de l'opérée s'altère brusquement.

Dans un but d'hémostase, nous lions le pédicule lombo-ovarien gauche, puis le droit, ces gestes n'étant pas suffisants, nous lions alors les utérines, ce qui est facile à droite, plus difficile à gauche.

Le clivage du placenta et du sac ovulaire, de la paroi abdominale postérieure et du rectum fut extrêmement facile ; par contre,

il nous fallut disséquer l'uretère gauche sur cinq centimètres environ.

L'hystérectomie subtotale nous permit d'enlever en bloc l'utérus, ses annexes, le placenta, et la poche ovulaire.

Ce geste accompli, la cavité abdominale se présentait, comme après une simple hystérectomie ; aucune lésion n'était visible. Nous avons, cependant, vérifié l'intégrité de l'intestin grêle, du cœcum, du transverse, de l'épiploon et du sigmoïde.

Fermeture de la paroi en deux plans, sans drainage.

La dissection de la pièce opératoire nous a montré un élément central, constitué par l'utérus du volume d'une orange, contenant une épaisse caduque. Cet utérus ne présentait aucune trace de rupture récente ou ancienne.

Sur sa face latérale gauche se trouvait un volumineux placenta, de forme globuleuse.

Le clivage entre ces deux organes fut absolument impossible dans une zone de la taille d'une pièce de un franc, située dans la région de la corne utérine.

A la coupe, le placenta présentait une structure irrégulière avec d'épaisses cloisons blanchâtres de fibrose.

Nous avons eu l'impression que ce placenta tirait sa vascularisation, d'une part, du myomètre, d'autre part, de l'accaparation des vaisseaux du ligament large gauche, et en particulier, des vaisseaux lombo-ovariens dont la ligature au cours de l'intervention avait entraîné une certaine diminution de l'hémorragie. Il ne nous fut pas possible de trouver la trompe gauche. Un fragment de ce que nous pensions pouvoir être un reste de cette trompe fut envoyé au laboratoire d'anatomo-pathologie qui conclut négativement :

« Fragment constitué dans un secteur par un tissu conjonctif assez lâche où on note des vaisseaux, artérioles, veines et capillaires, des cellules plus ou moins nombreuses, cellules fixes, lymphocytes et polynucléaires. »

« On est en présence, ailleurs, d'un coagulum fibrino-hématique renfermant de nombreuses villosités placentaires, les unes, d'aspect sensiblement normal, les autres involutives, soit hyalinisées avec disparition du syncitium, soit nécrotiques. »

« En résumé : Débris de placenta en involution. »

Les suites opératoires furent très simples, la malade quittera la clinique le quatorzième jour.

Le nouveau-né fut adressé au centre des prématurés de l'hôpital des enfants de Bordeaux, dans le service du professeur agrégé Claude MARTIN.

Entré le 21 mai au poids de un kilo cinq cent soixante grammes, il commençait à téter dès le 25 mai. Il quittait le service, le 11 juillet, au poids de deux kilos quatre cents.

Les conclusions des pédiatres étaient les suivantes :

« Grossesse abdominale. Enfant né aux alentours de sept mois, sept mois et demi. N'a pas fait d'accident spécial. Bonne évolution ultérieure. »

Nous l'avons revu le 26 novembre 1970, soit six mois après sa naissance. Nous nous sommes trouvé en face d'un nourrisson bien éveillé, de poids et de taille normaux, n'ayant donné aucun souci à ses parents depuis sa sortie de l'hôpital.

PHYSIOLOGIE ET CLASSIFICATION DES GROSSESSES ABDOMINALES

Il est généralement admis qu'il existe deux sortes de grossesses abdominales :

— les primitives, exceptionnelles,

— et les secondaires.

Les critères des grossesses abdominales primitives sont depuis BEST, puis STUDDIFORT :

— que les ovaires et les trompes soient indemnes de toute lésion ancienne ou récente ;

— que l'utérus soit anatomiquement intact ;

— que l'œuf soit en rapport exclusif avec la surface péritonéale.

Ces critères ne sont applicables, en fait, que dans les cas d'un œuf jeune et, pour apprécier correctement les deux premiers éléments, il faudrait avoir en main la pièce d'hystérectomie.

Physiologiquement, elles sont définies par une nidation primitivement abdominale, par opposition aux grossesses abdominales secondaires où la nidation se fait primitivement, soit dans la cavité utérine, soit dans la trompe.

Les grossesses abdominales primitives seraient provoquées :

— soit par l'expulsion, par le pavillon tubaire, de l'œuf fécondé, quelques heures auparavant ;

— soit surtout par la fécondation intra-abdominale d'un ovule par des spermatozoïdes échappés de l'extrémité pavillonnaire tubaire.

Le problème de la survie de l'œuf, avant l'établissement de la circulation fœto-placentaire, alors que normalement sa nutrition est assurée par les sécrétions de l'endomètre, n'est pas résolu.

Certains auteurs ont envisagé la nidation dans un îlot d'endométriose. Cette hypothèse est séduisante, mais elle traduit bien le malaise de la plupart des auteurs à envisager l'existence de ces grossesses abdominales primitives.

Il faut en rapprocher les grossesses ovariennes qui existent incontestablement et dont les critères sont, depuis SPIEGELBERT :

— que la trompe homolatérale y compris le pavillon soit intacte et que ce dernier soit manifestement séparé de l'ovaire.

— que le kyste fœtal occupe de façon précise la position normale de l'ovaire et qu'il soit relié à l'utérus par le ligament utéro-ovarien ;

— que du tissu ovarien puisse être découvert dans la paroi du kyste.

Les grossesses abdominales secondaires constituent la grande majorité des grossesses abdominales.

Deux types physiopathologiques s'individualisent nettement ; ce sont :

— d'une part, les grossesses abdominales qui succèdent à des grossesses tubaires,

— et, d'autre part, les grossesses abdominales qui succèdent à des grossesses utérines.

Pour les premières, deux mécanismes ont été évoqués : la rupture et l'avortement tubaire.

La rupture tubaire est sûrement le mécanisme le plus fréquent. Elle survient à un moment quelconque de l'évolution de la grossesse ectopique. On connaît même quelques cas de grossesses tubaires à terme.

Il est probable qu'après la rupture, le placenta reste inséré sur la trompe, puis s'étend progressivement aux organes de voisinage, utérus et ligament large essentiellement, mais aussi, paroi pelvienne, épiploon, anses intestinales. Les restes de la trompe sont généralement englobés dans les parois du sac fœtal ou absorbés par le placenta de telle sorte qu'il est souvent très difficile de les retrouver.

L'avortement tubaire ou expulsion par la trompe d'un œuf constitué est, sur le plan théorique, malaisé à distinguer de la grossesse abdominale primitive, en particulier dans les cas d'avortement précoce.

Cette distinction est encore plus difficile pratiquement. Nous avons trouvé dans la littérature un certain nombre de cas qui pouvaient être des avortements tubaires ou des grossesses abdominales primitives, mais, souvent, le doute subsiste aussi avec la rupture tubaire.

Selon Clark et Guy, la distinction entre avortement et rupture tubaire est aisée.

Lors de l'avortement, l'œuf, soumis aux lois de la pesanteur, tombe dans le cul de sac de Douglas. Le placenta s'insère et se développe à ce niveau ; cliniquement, l'utérus est déplacé vers le haut, il reste distinct de la masse extra-utérine, le col est plaqué en arrière de la symphyse. En cas de rupture, le placenta garde des attaches avec la trompe et souvent avec le fond utérin. Cliniquement, le diagnostic est plus difficile car l'utérus est poussé vers le bas et n'est pas séparé de la grossesse abdominale.

Les grossesses devenues abdominales à l'occasion d'une brèche utérine sont illustrées par de nombreuses observations, absolument indiscutables.

La grossesse peut être utéro-abdominale ou abdominale pure mais le placenta garde toujours des rapports avec la cavité utérine.

Ces brèches peuvent être causées par un accouchement antérieur, lui-même facteur de rupture utérine, ou être d'origine chirurgicale : cicatrice de myomectomie, de césarienne. Enfin il peut s'agir d'une perforation utérine, par manœuvre abortive ou par curetage.

Ces brèches sont en réalité des zones de faiblesse de la paroi utérine facilement lisées par les villosités choriales et c'est progressivement que d'utérine, la grossesse devient abdominale.

Exceptionnellement une grossesse angulaire rompue peut se greffer dans l'abdomen.

Des grossesses abdominales au sens strict du mot, il faut rapprocher les grossesses intraligamentaires.

Dans ces cas, le placenta s'est inséré au niveau du secteur méso-salpingien de la trompe et va se développer entre les deux feuillets du ligament large.

Cette variété de grossesse, surtout si elle dépasse le cinquième mois, est le plus souvent bien tolérée à tel point qu'on lui a attribué le terme de « grossesse silencieuse ».

Elle donne à la palpation l'impression d'une tumeur beaucoup plus nette et régulièrement limitée que la grossesse abdominale.

En fait, il faut savoir distinguer comme pour les tumeurs du ligament large entre grossesse incluse vraie et fausse inclusion.

Toutes ces grossesses évoluent d'une façon analogue. Le plus grand nombre échoue au cours des premiers mois. Une fois le quatrième, cinquième mois atteint, l'évolution se fait en général jusqu'aux alentours du terme, il est même possible que celui-ci soit dépassé de quelques jours avant que n'intervienne la mort fœtale.

L'aspect anatomo-pathologique des grossesses abdominales à terme est extrêmement variable.

Le placenta peut être globuleux et adhérer à l'organisme maternel sur une petite surface ou au contraire être très plat et adhérer à de nombreux et divers organes depuis l'utérus jusqu'au

foie en passant par les anses grêles, le sigmoïde, la vessie, la rate, les parois abdominales. Le fœtus est généralement contenu dans un sac membraneux revêtu intérieurement de l'amnios dont on connaît le rôle dans le développement de la grossesse. Dans les grossesses abdominales un certain degré d'oligo-amnios est souvent noté.

Les facteurs favorisants des grossesses abdominales sont les mêmes que ceux des grossesses tubaires puisque la majorité d'entre elles succèdent à des localisations tubaires. Les lésions spécifiques et non spécifiques, la chirurgie et, de façon plus générale, le traitement de la stérilité sont souvent retrouvés dans les antécédents. Quand à la prédominance des grossesses abdominales chez les femmes noires, elle s'explique par la plus grande fréquence chez elles de ces lésions tubaires que par un éventuel facteur racial. Il y a d'ailleurs un étroit parallélisme entre la fréquence des grossesses extra-utérines et des grossesses abdominales.

CLINIQUE

La grossesse abdominale ayant évolué au-delà du cinquième mois est une éventualité assez exceptionnelle.

La fréquence oscille, dans les grandes statistiques, entre une pour trois mille à une pour quinze mille accouchements.

Les chirurgiens de langue française qui en ont la plus grande expérience sont ceux qui ont exercé en Afrique noire ou à Madagascar.

En France, les gynécologues, les accoucheurs, les chirurgiens pensent rarement à cette variété de grossesse ectopique, ce qui entraîne de nombreuses erreurs de diagnostic.

Le dépassement du terme est fréquemment observé dans les grossesses abdominales. Il n'est pas rare qu'il se chiffre en mois. Dans certains cas extrêmes, la grossesse passe complètement inaperçue et ce n'est que de nombreuses années après qu'on a la surprise de découvrir un fœtus momifié ou calcifié. En fait, le dépassement du terme se voit surtout en milieu africain où il s'explique par la faible densité médicale et surtout le fatalisme des femmes noires.

Les grossesses abdominales sont généralement mal tolérées.

Les phénomènes douloureux sont, souvent, l'élément central du tableau clinique. Leur interprétation est toujours difficile.

Dans certains cas, survenus en début de grossesse et associés à des métrorragies, on les considère comme la traduction de la rupture ou de l'avortement tubaire.

Dans d'autres cas, les douleurs semblent liées à la présence du fœtus dans la grande cavité abdominale et à l'irritation du péritoine qu'elle entraîne.

Les mouvements fœtaux sont parfois ressentis douloureusement, et ceci serait caractéristique pour TE LINDE, mais il est tout aussi fréquent qu'ils soient ressentis normalement, ou même qu'ils ne soient pas du tout perçus.

Les douleurs se groupent, parfois, aux alentours du terme en un faux travail, avec coliques utérines et expulsion du caduque. Le faux travail précède en général de peu de temps la mort fœtale. Une dizaine de jours au maximum.

L'occlusion intestinale aiguë considérée par Jean VILLAR comme une complication fréquente est paradoxalement assez rare. Par contre les troubles du transit sont presque constants. La surinfection d'un fœtus macéré donne lieu à la formation de très volumineux abcès qui tendent à s'évacuer, rarement à travers la paroi, plus souvent dans un organe creux ou dans la cavité péritonéale.

La tendance à la fistulisation est notable, elle complique généralement le tableau clinique, car elle détermine une infection si celle-ci n'existait pas déjà.

Exceptionnellement, on a pu voir des fœtus expulsés par le rectum, ou par les voies naturelles, ceci par effondrement du cul de sac de Douglas.

Les hémorragies internes demeurent un risque présent tout au long de l'évolution de la grossesse. Cependant, leur fréquence diminue au fur et à mesure qu'on se rapproche du terme, et encore, le plus souvent, s'agit-il d'hématomes localisés sans gravité.

L'altération de l'état général faite d'amaigrissement, d'asthénie, d'anémie est presque constamment retrouvée. Ceci explique le pronostic maternel qui reste sérieux autour de 5 p. 100 de mortalité.

Quel que soit le tableau clinique qui entraîne l'examen, celui-ci est difficile ; en effet, il est très rare en palpant le fœtus abdominal à travers la paroi de reconnaître son siège extra-utérin.

« On peut dire, bien au contraire, qu'un fœus qui semble cliniquement sous la peau, est presque à coup sûr intra-utérin. » (J. VILLAR)

La palpation montre généralement une masse de caractère non homogène se confondant ou masquant les pôles fœtaux. Il arrive que la gravidité soit totalement méconnue et qu'une intervention soit décidée pour volumineuse tumeur pelvi-abdominale.

Le toucher vaginal est souvent fort trompeur. Le col, généralement ramolli, peut être plaqué sous la symphyse ou dévié latéralement.

Le corps utérin est, soit non perçu, soit pris pour autre chose que lui-même : fibrome ou kyste de l'ovaire.

Souvent, l'œuf abdominal est reconnu mais considéré comme intra-utérin. RENAUD insiste sur l'absence de réponse de ce « faux utérus » aux ocytociques.

« Toute tentative de déclenchement du travail par perfusion pour grossesse prolongée ou rétention d'œuf mort n'entraînant pas l'apparition de contractions utérines doit, à notre avis, amener à se reposer le problème du siège exact de la grossesse. »

Dans les cas évolués, les obstétriciens insistent sur la non-perception des contractions utérines physiologiques et la non-palpation des ligaments ronds.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

La radiologie est l'examen de base.

Les clichés, sans préparation de l'abdomen — face et profil —, peuvent permettre le diagnostic.

Sur le cliché de face, il n'existe pas de signe pathognomonique ; parfois, on remarquera une extension relative du crâne et des membres du fœtus par rapport à la colonne vertébrale.

Le cliché de profil peut montrer la projection des parties fœtales au niveau ou en arrière des corps vertébraux lombaires maternels. Ce caractère est pathognomonique.

Quand, ce qui est fréquent, un doute subsiste, l'hystérographie doit affirmer le diagnostic en montrant une petite cavité utérine située à côté du squelette fœtal.

Les autres examens complémentaires sont à notre avis trop complexes et passibles d'erreur.

Ce sont :

l'artériographie,

la phlébographie utérine,

l'échographie bidimentionnelle.

L'artériographie aurait le mérite, en cas de mort fœtale, de montrer l'origine de la vascularisation placentaire, ce qui en simplifierait la tactique opératoire d'exérèse.

En définitive, la grossesse abdominale ne constitue pas un diagnostic difficile à partir du moment où l'on a pensé à cette éventualité.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical a deux objectifs dont les impératifs sont parfois contradictoires.

Obtenir un fœtus viable. Mais cette éventualité est tellement rare que certains auteurs négligent délibérément le fœtus.

Débarrasser la femme de cette grossesse ectopique dans les meilleures conditions de sécurité et au prix de suites opératoires les plus simples possibles.

Parfois le diagnostic est fait avant l'intervention, le choix de l'heure chirurgicale se pose alors.

Certains auteurs américains sont partisans de l'intervention précoce et ceci, quel que soit l'âge de la grossesse et l'état du fœtus.

Leurs arguments sont les suivants :

Dans le cas d'un fœtus vivant. Le risque d'hémorragies intra-péritonéales demeure présent tout au long de l'évolution de la grossesse ectopique. Ces hémorragies constituent un danger important pour la mère mais aussi, un arrêt de mort pour le fœtus.

Au fur et à mesure que la grossesse se poursuit, le danger des complications maternelles augmente, car le placenta qui s'étale risque d'adhérer à de nombreux organes et son ablation devient plus difficile.

La mort du fœtus peut survenir inopinément et alors on regrette de ne pas être intervenu plus tôt.

Dans le cas d'un fœtus mort : les complications à type d'abcès, de péritonite, de fistule, sont d'autant plus fréquentes, passé un délai d'environ un mois, qu'on s'éloigne de la mort fœtale.
Or, la plupart du temps, il est difficile de connaître la date de la mort du fœtus.

D'autres auteurs sont partisans d'une intervention différée :

— Soit parce que le fœtus est vivant mais trop éloigné du terme pour être viable.

Quelques beaux succès ont été rapportés dans la littérature médicale, certains après de longues surveillances.

Ces auteurs insistent sur le fait que le risque d'hémorragies internes, passé le délai des cinq premiers mois, n'est pas aussi grand que l'affirment les partisans de l'intervention précoce, et que l'ablation d'un placenta n'est guère plus malaisée à terme qu'à cinq ou six mois.

— Soit parce que le fœtus est mort, un intervalle libre de quatre à six semaines, sans augmenter notablement les risques infectieux, rendrait l'ablation du placenta plus aisée.

Avec R. Renaud, nous pensons qu'un juste milieu consiste à considérer chaque cas particulier à la lumière de ces divers arguments qui comportent, chacun, leur part de vérité.

Dans le cas d'un fœtus vivant, il faut savoir attendre la viabilité en tenant le plus grand compte des éléments suivants :

— degré de tolérance de la grossesse,

— laps de temps encore nécessaire avant d'arriver à la viabilité ;

— valeur affective du fœtus.

Il découle de ces principes qu'une fois la viabilité atteinte, l'indication opératoire dépendra de l'état de la mère. Attendre la « confortable » viabilité de 36 semaines n'est licite qu'en fonction

d'un état général maternel satisfaisant. Ce qui rend ce problème de l'indication opératoire difficile c'est aussi, comme nous le verrons, qu'il est très malaisé de déterminer l'âge de la grossesse.

Dans des cas de fœtus représentant une très grande valeur affective, nous pensons à une grossesse abdominale survenant après une longue période de stérilité primaire ou secondaire, on tentera d'attendre malgré des éléments défavorables ; état de la mère précaire, grossesse nettement éloignée de la viabilité. L'hospitalisation avec une collaboration étroite entre gynécologues accoucheurs, chirurgiens et pédiatres est alors absolument nécessaire.

Dans le cas d'un fœtus mort et si l'on connaît la date approximative de la mort, il est sûr qu'un délai de quatre à six semaines favorise l'extraction du placenta. Le temps perdu dans cette attente est le plus souvent compensé par de meilleures suites opératoires.

De toute façon, le diagnostic n'est généralement pas fait et donc, ce problème de l'heure chirurgicale ne se pose pas.

L'intervention elle-même nécessite pour l'opérateur la parfaite connaissance de la chirurgie abdomino-pelvienne. La voie d'abord est la laparotomie médiane sous-ombilicale, agrandie au besoin au-dessus de l'ombilic.

Elle donne le maximum d'aisance quel que soit le siège des difficultés. C'est à elle qu'il faudra presque toujours recourir secondairement en cas, par erreur de diagnostic, d'une incision d'un autre type : McBurney, transversale basse, médiane sus-ombilicale. L'importance de l'enjeu ne permet pas que l'on s'adresse à des incisions esthétiques ou minimisées.

Une fois le ventre ouvert, le premier geste consiste, généralement, à inciser le sac fœtal pour extraire le fœtus. Il peut arriver que celui-ci soit libre dans la grande cavité abdominale, simplement relié à ses annexes par le cordon ombilical. Si le fœtus est manifestement mort, et ceci depuis longtemps, il peut être utile d'enlever, en bloc, le sac et son contenu.

L'attitude de l'opérateur vis-à-vis du placenta ne saurait être univoque, car elle dépend de la situation et de l'aspect anatomique

de cet organe. L'idéal est d'enlever la totalité des annexes fœtaux ; les suites opératoires sont alors des plus simples, tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

L'ablation du placenta pose le problème de l'hémostase, de sa jonction avec l'organisme maternel.

Dans les grossesses utérines, ce problème est automatiquement résolu par la rétraction utérine entraînant le système des ligatures vivantes de Pinard.

Dans les grossesses abdominales, il faut en revenir aux lois de l'hémostase chirurgicale. La ligature des pédicules vasculaires principaux s'impose donc. Comme dans la majorité des cas, la vascularisation dépend de celle de l'utérus, l'hystérectomie peut constituer la condition de l'ablation placentaire. Dans les autres cas, la possibilité de l'hémostase est conditionnée par le siège de l'insertion du placenta ; s'il est facile et bénin de pratiquer une omentectomie, il est plus grave de réaliser une résection intestinale.

Il faut alors envisager les risques d'une intervention complexe et les comparer à ceux que comporte l'abandon, *in situ,* du placenta.

Car, en effet, il faut savoir que le placenta laissé en place va se résorber spontanément, en quelques semaines ou mois. Certains chirurgiens, faisant confiance aux réactions de défense du péritoine, ferment alors le ventre sans drainage. Les suites opératoires qu'ils obtiennent, avec cette technique, sont, en général, peu perturbées ; péritonites et occlusions graves y sont rares.

Dans la plupart des cas publiés, un drainage a été réalisé, sans aucun inconvénient.

La marsupialisation n'est plus guère prônée car elle donnait lieu à des graves complications hémorragiques ou infectieuses. Le drainage de Mickulicz tend également à être abandonné au profit des drains tubulaires, sauf dans certains cas d'hemorragies per-opératoires.

Il est sûr que ces modifications de techniques ont été permises par les antibiotiques.

Au terme d'une intervention conduite avec ces quelques idées directrices, on doit actuellement obtenir un excellent pronostic maternel.

Effectivement, les dernières statistiques font état d'évolution défavorable dans moins de 5 p. 100 des cas.

Le pronostic fœtal est extrêmement sévère, 80 à 90 p. 100 de mortalité.

Ce taux est-il susceptible d'amélioration ?

Nous croyons que oui, et ceci grâce à un diagnostic plus précoce. En effet, de nombreux fœtus sont morts après avoir largement dépassé le stade de la viabilité.

Il est probable que le développement de la médecine en Afrique améliorera les statistiques, en diminuant le nombre des malades qui ne consultent qu'une fois le terme largement dépassé.

Par contre, il est sûr que le dépistage des grossesses extra-utérines, non compliquées, supprime quelques grossesses abdominales potentielles.

Mais, la mortalité fœtale est due essentiellement au siège même de ces grossesses. En effet, d'une part, les placentas y sont généralement épais et de mauvaise qualité ; d'autre part, l'insertion du cordon ombilical est souvent anormale, ce qui entraîne des anomalies des vaisseaux ombilicaux dont le plus net est l'artère ombilicale unique.

Les anomalies vasculaires expliquent peut-être les malformations que présentent certains fœtus extra-utérins. Ces malformations, diversement appréciées, quant à leur fréquence suivant les auteurs, sont souvent compatibles avec la vie. Baronnet, de Bordeaux, sur 132 enfants ayant survécu, trouve des malformations dans moins d'un tiers des cas. Les plus fréquentes étant le pied bot, la main bote, l'asymétrie de la face, l'atrophie d'un membre.

A la lumière de l'étude théorique des grossesses abdominales, nous voudrions aborder l'étude critique de notre unique observation.

CLASSIFICATION

Nous sommes tout d'abord obligés de reconnaître notre impuissance à classer ce cas, car le fait de n'avoir pu retrouver l'annexe gauche empêche d'avoir recours aux critères de Studdifort et de Spiegelbert.

Nous ne pouvons donc éliminer ni la grossesse abdominale primitive ni la grossesse ovarienne.

Seule, la rupture utérine peut être formellement écartée par la dissection de la pièce opératoire qui a montré un utérus intact.

L'étiologie la plus probable est cependant aussi la plus commune, c'est-à-dire la grossesse tubaire, devenue secondairement abdominale par rupture.

C'est d'ailleurs au tableau clinique décrit par CLARK et GUY pour la rupture tubaire que notre observation se superpose exactement.

L'union du placenta et de l'utérus dans une zone centrée par l'orifice tubaire est vraiment très évocatrice de cette forme de grossesse abdominale.

LE NOUVEAU-NE

Le problème de la durée de son évolution intra-abdominale est malaisé à résoudre.

En raisonnant comme s'il s'agissait d'une grossesse utérine habituelle et à la façon d'un gynécologue ou d'un accoucheur, il

nous semble qu'il aurait été logique, avant l'intervention, de lui attribuer six mois d'âge. Un argument de poids étant l'existence de règles strictement normales à tout point de vue en novembre, soit six mois et quinze jours avant sa naissance.

Les pédiatres qui se sont occupés du nouveau-né et qui ont obtenu le résultat favorable que l'on sait, pensent qu'il s'agissait d'un prématuré de sept mois, sept mois et demi.

On sait la façon de calculer des deux différentes spécialités.

Les pédiatres apprécient l'âge du nouveau-né, grâce à son observation directe, alors que les accoucheurs ont tendance à se référer au dire de la mère, et à comparer les chiffres ainsi obtenus avec la taille de l'utérus de façon à déterminer la date de la conception.

Dans la grossesse abdominale, ce serait un paradoxe de vouloir apprécier l'âge du fœtus en fonction d'un utérus resté vide dont le comportement risque d'être anormal et dont la palpation est extrêmement malaisée. Dans le cas où la grossesse abdominale est secondaire à une grossesse tubaire rompue, les pertes utérines sont si facilement confondues avec des règles qu'il n'est pas étonnant que les calculs basés sur la disparition des règles ne provoquent une erreur d'au moins un mois.

CLINIQUE

L'histoire clinique est, *a posteriori,* très évocatrice d'une grossesse abdominale tant par la symptomatologie fonctionnelle que par les données objectives de l'examen.

L'écoulement sanguin de deux semaines, dans le courant du mois de novembre, pose le problème de sa physiopathologie. Il est sûr qu'à cette date, la grossesse était en cours depuis au moins un mois. Nous considérons que, dans l'ignorance de la variété de grossesse abdominale en cause et de la date de la conception, il n'est pas possible de proposer une explication qui ne soit arbitraire.

La rupture ovulaire est probablement survenue vers le huitième jour avant l'intervention, cela correspondrait à l'accroissement net des douleurs. Nous avançons ce chiffre de huit jours pour d'autres raisons :

1° Il n'existait pas l'épanchement intra-abdominal qui aurait sûrement existé en cas de rupture récente de la poche des eaux car il a dû bien falloir quelques jours au péritoine pour résorber le liquide amniotique.

2° Nous ne croyons pas que la rupture soit nettement plus ancienne car il existait une importante poche ovulaire que nous avons palpée par une incision iliaque droite, alors que le placenta était implanté à gauche de l'utérus.

Nous imaginons, en effet, qu'en cas de rupture datant de plusieurs semaines, les membranes se seraient rétractées, ce qui ressort nettement de la lecture de certaines observations.

Reste le problème de la présence du fœtus dans la cavité péritonéale. Nous pensons que les conséquences d'un tel état de choses sont plus graves pour la mère que pour l'enfant. Pour ce dernier, peu de choses essentielles, en définitive, se trouvent changées. Le fait le plus notable, dans notre cas, est la disparition du liquide amniotique, résorbé après la rupture, puis au fur et à mesure de sa formation par la séreuse péritonéale. Les conditions de survie du fœtus paraissent meilleures que celles rencontrées au cours des grossesses extra-membraneuses en contact avec le milieu extérieur septique. Chez la mère, par contre, il semble qu'il se soit produit une irritation péritonéale et des réactions générales dues à la présence de ce corps étranger, biologiquement parlant.

LE TRAITEMENT

En fonction de nos connaissances antérieures que nous avons complétées depuis cette observation et surtout, en fonction des difficultés rencontrées au cours de l'intervention que nous avons

dû pratiquer, nous nous permettons de faire ces quelques remarques susceptibles d'aider celui qui opère une grossesse abdominale.

Extraire le fœtus, décoller, s'il y a lieu, les membranes constituent des gestes faciles.

Tout le problème réside dans l'ablation du placenta, car nous pensons qu'avec les progrès de l'anesthésie et de la réanimation, cette ablation doit être pratiquée dans la majorité des cas.

La menace d'hémorragie grave, quand nous avons essayé de séparer le placenta de l'utérus et du ligament large, a fait que nous avons été obligés de pratiquer une hystérectomie, en liant les quatre pédicules, ce qui a permis d'arrêter l'hémorragie et d'enlever le placenta. Nous n'avons pas eu à regretter cette mutilation, car s'il s'agissait d'une femme n'ayant que trente ans, elle avait déjà trois enfants et pas de désir de grossesse ultérieure.

Notre geste a peut-être contribué à lui sauver la vie. C'est à ce point qu'il nous semble que, dans une urgence semblable, pour aller vite et offrir à la malade le maximum de garanties, il faille conseiller cette mutilation.

Mais nous pensons, cependant, qu'en particulier pour une grossesse reconnue à l'avance, c'est-à-dire dans un cas où toutes les précautions pourront être prises, on devrait arriver à se rendre maître de l'hémostase, de façon à ne pratiquer que l'ablation du seul placenta, et laisser ainsi à ces femmes des possibilités de grossesse ultérieure.

CONCLUSIONS

Les grossesses abdominales sont des éventualités exceptionnelles, elles peuvent cependant dans un petit nombre de cas aboutir à la délivrance par laparotomie d'un fœtus parfaitement viable.

Quand le diagnostic est assuré au cours de la grossesse, il faut savoir attendre la viabilité fœtale à condition que l'état de la mère le permette.

L'âge d'un fœtus intra-abdominal est très difficile à déterminer car le calcul basé sur la date de disparition des règles a dans ce cas de grandes chances d'être faux et ne peut être rectifié par l'appréciation du volume utérin.

Extraire le fœtus et ses annexes n'offre de difficultés qu'en ce qui concerne le placenta. Celui-ci peut être laissé sur place mais la tendance actuelle est à son ablation.

L'exérèse du placenta, surtout si la laparotomie est faite pour extraction d'un fœtus vivant, doit être pratiquée avec les principes chirurgicaux de ligatures préalables des pédicules vasculaires ; c'est ainsi que peut se justifier l'hystérectomie.

SERMENT

En présence de mes maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de ma vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux II

H. BRICAUD

Bon à imprimer

Le Président de thèses R. DARMAILLACQ

Vu et permis d'imprimer

Bordeaux le 16 avril 1971

Le Chancelier des Universités J. BABIN

BIBLIOGRAPHIE

1. Arvis (G.). — Mécanismes physiologiques de l'ovo-implantation. *Gaz. Méd. Franç.*, 1968, *75*, 2689-2704.

2. Badawy (A.). — Abdominal pregnancy in a uterus before rupture. *Lancet*, 1962, 510-511.

3. Baronet (F.). — *Contribution à l'étude de la conduite à tenir dans les grossesses ectopiques du 5e mois.* Thèse Bordeaux, 1922.

4. Beecham (W.), Herniquist (W.), Beecham (D.) et Webster (H.). — Abdominal pregnancy at Charity Hospital in New-Orleans. *Amer. J. Obstet. and Gynec.*, 1962, *84*, 1257-1270.

5. Best (P.). — Primary abdominal pregnancy. *J.A.M.A.*, 1931, *97*, 1521-1525.

6. Buchet (R.). — Le lithopedion : rarissime « masse » pelvi-abdominale. Discussion diagnostique et revue générale. *J. Radiol. Electrol.*, 1967, *48*, 537-548.

7. Clark (J.) et Guy (R.). — Abdominal pregnancy. *Amer. J. Obstet. and Gynec.*, 1966, *96*, 511-520.

8. Correa (P.), Atayi (L.), Cave (L.), Lauroy (J.) et Bourgouin (P.). — Quelques aspects particuliers de la grossesse abdominale (à propos de 18 cas relevés en milieu africain à Dakar). *Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obstét.*, 1965, *17*, 872-874.

9. Creste (M.). — Présentation de neuf grossesses abdominales avec un enfant vivant. *Gynéc. Obstét.*, août-octobre 1962, n° 4, 478-479.

10. Felisaz (G.). — Une observation de grossesse abdominale. *Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obstét.*, septembre-octobre 1962, n° 4, 478-479.

11. Foster (H.) et Moore (D.). — Abdominal pregnancy ; report of 12 cases. *Obstet. and Gynec.*, 1967, *30*, 249-252.

12. Gandar (R.) et Gangniere (E.). — Grossesse abdominale secondaire ayant perforé le recto-sigmoïde. *Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obstét.*, 1956, *8*, 131-133.

13. Geai (H.). — Sur un cas de G. A. ayant dépassé le terme avec délivrance d'un enfant vivant. Thèse Bordeaux 1957.

14. Grisillon. — Découverte opératoire d'une grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant. *Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obstét.*, 1958, *10*, n° 2, 205.

15. Henderson (D.) et Wilson (R.). — Abdominal pregnancy. *Amer. J. Obstet. and Gynec.*, 1964, *88*, 356-359.

16. Herve (V.). — Sur un nouveau cas de grossesse extra-utérine rompue au voisinage du terme avec enfant vivant. *Méd. Trop.*, juin 1963, *93*, 410.

17. Herbert (J.) et Bourdon (P.). — Un cas de grossesse tubaire à terme avec enfant vivant suivi de grossesse normale *Mem. Acad. Chir.*, 1963, n° 32-33, 893.

18. Hreshchyshyn (M.), Bogen (B.) et Loughran (C.). — What is the actual present day management of the placenta in late abdominal pregnancy. *Amer. J. Obstet. and Gynéc.*, 1961, *81*, 302-317.

19. Hubimont (G.) et Hubimont (P.). — Un cas de grossesse abdominale à terme, complication d'une myomectomie. *Gynéc. et Obstét.*, Paris, suppl. 1952, 433-445.

20. Illes (J.), Faure (L.) et Laine (P.). — Un cas de grossesse abdominale rompue. *Bull. Féd. Soc. Gynéc. et Obstét.*, 1961, *13*, 670-671.

21. Jacquin (P.). — La grossesse abdominale primitive. *Gynéc. et Obstét.*, 1921, *4*, 492-496.

22. Lambillon (J.) et Drumel (G.). — Deux cas de grossesse abdominale à terme. *Gynéc. Obstét.* (suppl.), 1951, *3*, n° 2, 192-194.

23. Lacomme (M.). — Les grossesses extra-utérines qui évoluent au-delà des cinquième et sixième mois et jusqu'aux approches du terme. In : *Pratique obstétricale*, édit. Masson et Cie, Paris, 1960, t. II, p. 1017-1022.

24. Lamblot (P.). — Grossesse abdominale avec présentation d'un cas. *Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obstét.*, 1961, *13*, 372-373.

25. Le Guyader (A. P.), Kekeh (J. K.), Bakassa et Guidasci. Quatre cas de grossesses abdominales dont deux enfants vivants. *Annales de l'Université d'Abidjan,* 1965, p. 269.

26. Le Loirier (G.). — Anatomie pathologique et physiopathologie de la G.E.U., *Revue du Praticien, 10,* n° 32.

27. Merz (G.), Martin (G.), Razafin-Dranovona et Marque (B.). — Deux nouveaux cas de grossesse abdominale à terme avec enfants vivants. *Mémoire de l'Acad. de Chir.,* 1963, *89,* 826-829.

28. Nosny (P.), O'Connor (H.) et Clement (G.). — Nouveau cas de grossesse extra-utérine avancée avec enfant vivant. *Méd. Tropic.,* 1961, *4,* 440-443.

29. Razafindranovona et Randriamahefa (Th.). — A propos d'une grossesse abdominale. *Ann. de l'Univ. de Madagascar,* 1965, *5,* 185-202.

30. Razafindranovona (R.). — Trois cas de grossesse abdominale. *Mém. Acad. de Chir.,* 1965, t. 91, n°s 1-2-3, 68-71.

31. Renaud (R.), Boury-Heyler (C.), Leissner (P.), Chesnet (Y.). — Les grossesses abdominales après le sixième mois. Revue de la littérature à propos de 8 cas. *Gynéc. Obstét.,* 1969, t. 68, n° 3, 297-318.

32. Riviere (M.), Chastrusse (L.) et Dubecq (J.-P.). — Trois cas de grossesses abdominales. *Rev. Franç. Gynéc.,* 1964, 11, 683-691.

33. Ruffieux (M.) et Mattern (L.). — Les grossesses ovariennes. *Rev. Franç. Gynéc.,* 1967, *6,* 287-293.

34. Serafino (X.), Diouf (B.) et Diop (A.). — Deux cas de grossesse tubaire vraie ayant évolué jusqu'au terme. *Mémoires de l'Acad. de Chir.,* 1963, *89,* 826-829.

35. Studdiford (W. E.). — Primary peritoneal pregnancy. *Amer. J. Obstet. and Gynec.,* 1942, *44,* 487-490.

36. Te Linde (R.). — Abdominal pregnancy. In *Operative Gynecology,* éd. Lippincott, Philadelphie, Montreal, 1962, p. 658-662.

37. Thoyer-Rozat (J.) et Seneze (J.). — Grossesse extra-utérine après le cinquième mois. *Encycl. Méd. Chir.,* t. II, 5069 D 10.

38. Villar (J.). — Des grossesses extra-utérines, intra-ligamentaires, Thèse Médecine Bordeaux, 1926-1927, n° 85.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 9

Observation 11

Physiologie et classification des grossesses abdominales 17

Clinique 23

Le traitement chirurgical 27

Conclusions 37

Serment 38

Bibliographie 41

ACHEVÉ D'IMPRIMER
LE 20 AVRIL 1971
SUR LES PRESSES
IDÉES/SERVICES
Avenue de Berlincan
SAINT-MÉDARD-EN-JALLES
PRÈS BORDEAUX

Dépôt légal 2e trimestre 1971